



TERVEYTEEN
VAIKUTTAVISTA
SOSIAALISISTA
TAUSTATEKIJÖISTÄ

TÄYTTÄ ASIAA



Terve Kaupunki
Terveystä Kaikille



International
Centre
Health and
Society

Terveyttä kaikille -politiikka Euroopassa:

tavoite nro 14

TERVEYDEN EDISTÄMISEN YMPÄRISTÖ

Vuoteen 2000 mennessä kaikkien yhteiskuntaelämän ja sosiaalisen toiminnan eri ympäristöjen, kuten kaupunkien, koulujen, työpaikkojen, lähiympäristön ja kodin, tulisi antaa paremmat mahdollisuudet terveyden edistämiseen.

Tiivistelmä

Terveyden edistämiseen tähtäävässä politiikassa ja toiminnassa on kiinnitettävä huomiota terveyteen vaikuttaviin sosiaalisiin taustatekijöihin niin, että heikon terveyden syihin puututaan ennen kuin niistä aiheutuu ongelmia. Tämä on haastava tehtävä sekä päätöksentekijöille että kansanterveysalan toimijoille ja puolestapuhujille. Sosiaalisia taustatekijöitä koskeva tieteellinen näyttö on vahvaa, mutta siitä keskustelevat lähinnä vain tutkijat. Tämä kirjanen on osa WHO:n Euroopan aluetoimiston kampanjaa, jonka tarkoituksena on esitellä sosiaalisia taustatekijöitä koskevaa näyttöä selvästi ja ymmärrettävästi. Kirjanen esittelee näiden vaikutuksia toimintapolitiikkaan kymmenellä eri osa-alueella. Kampanja on tarkoitettu laajentamaan tietoisuutta, herättämään keskustelua ja aktivoimaan alan toimintaa.

Avainsanat

KANSANTERVEYS
SOSIAALIS-TALOUDELLISET
TEKIJÄT
SOSIAALINEN YMPÄRISTÖ
SOSIAALINEN TUKI
TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN
TERVEYDEN EDISTÄMINEN
TERVE KAUPUNKI
EUROOPPA

ISBN 951-33-0933-9

Issued by the Regional Office for Europe of the World Health Organization in 1998 under the title

"Social determinants of health: the solid facts"

© **World Health Organization 1998**

The producer of this document is responsible for the accuracy of the translation

Ilmestynyt Maailman terveysjärjestön Euroopan aluetoimiston julkaisuna vuonna 1998 otsikolla

"Social determinants of health: the solid facts"

© **World Health Organization 1998**

*Tämän asiakirjan tuottaja on vastuussa käännöksen oikeellisuudesta. Suomenkielisen käännöksen on tehnyt
Raija Taurovaara*

STAKES, Helsinki, Finland 2000

SUOMALAISELLE LUKIJALLE

Nyt käsillä oleva kirjanen terveyden yhteiskunnallisista taustatekijöistä on Maailman Terveysjärjestön Euroopan aluetoimiston toimittama. Tarkoitus oli nostaa esiin selkeässä ja muille kuin vain terveysalan toimijoille ymmärrettävässä muodossa terveyden yhteiskunnallisia taustatekijöitä. WHO Centre for Urban Health -kaupunkiterveyden keskus haluaa herättää keskustelua ja antaa osviittaa terveyttä edistävän toiminnan aloittamiseksi paikallistasolla. Social Determinants of Health *The Solid Facts* julkaistiin Terve kaupunki -verkon Ateenan 10-vuotiskonferenssissa 1998 ja sen jälkeen se on ilmestynyt useilla Euroopan kielillä.

Kampanjallaan terveyden taustatekijöistä WHO pyrkii tavoittamaan mahdollisimman laajan lukijakunnan kansanterveystyön ammattilaisten ja suunnittelijoiden, alue- ja asukastyöntekijöiden ja päätöksentekijöiden parissa. Kirjanen nostaa esiin laajoja asiayhteyksiä kymmenellä terveyden edistämisen osa-alueella. Paikallistasolla on paras olosuhteiden tuntemus, ja ohjelmat voidaan räätälöidä olosuhteiden mukaisesti. Esitystapa on tietoisesti yleistävä ja tiivis jotta eri aihealueista pystytään kaikista sanomaan jotakin.

Kirjanen on suomennettu esimerkkinä WHO:n Terve kaupunki -ohjelman tuottamista

materiaaleista paikallistason terveyden edistämistyötä tukemaan. Richard Wilkinsonin ja Michael Marmotin kokoama aineisto käsittelee syrjäytymistä, sosiaalisen ja psykologisen ympäristön terveysvaikutuksia, ympäristön vaikutusta erityisesti lapsiin, työtä, työttömyyttä, ystävyyttä, yhteenkuuluvuutta ja syrjäytymisen riskejä sekä ravinnon ja liikenteen merkitystä terveelle elämälle.

Suomalaisen kansanterveystyön ja terveyden edistämisen perinteen tuntijoille monet kirjasessa esiin nostetut teemat ja yhteydet ovat jo ennestään hyvin tuttuja. Esityksen lähestymistapa heijastaa laajasti yhteisöllistä terveyskäsitystä ja pyrkii korostamaan kyseessä olevan alueen merkitystä terveyden edistämiseksi, mutta ei yritäkään tehdä muuta kuin ottaa asiayhteyden esille. Syvällisempiä analyyseja tulee etsiä muusta koti- ja ulkomaisesta ammattikirjallisuudesta. Toivomme kuitenkin, että kirjasesta on hyötyä myös suomalaisissa kaupungeissa.

Terveys on kaikkien asia, ja jos terveyden taustatekijöiden esitteleminen auttaa paikallistason eri lohkoja ja toimijoita entistä paremmin tiedostamaan ja hyväksymään vastuunsa ja oikeutensa terveyttä edistävään sosiaaliseen ympäristöön, suomennostyo on täyttänyt tarkoituksensa.

Ehkäisevän sosiaali- ja terveyspolitiikan osasto
Sosiaali- ja terveysministeriö

Asiantuntijat

Mel Bartley

University College London,
Iso-Britannia

David Blane

Charing Cross and Westminster
Medical School, London,
Iso-Britannia

Eric Brunner

University College London,
Iso-Britannia

Danny Dorling

Geography Department,
Bristol University,
Iso-Britannia

Jane Ferrie

University College London,
Iso-Britannia

Martin Jarvis

Imperial Cancer Research Fund
Health Behaviour Unit,
University College London,
Iso-Britannia

Michael Marmot

University College London,
Iso-Britannia

Mark McCarthy

University College London,
Iso-Britannia

Mary Shaw

Geography Department,
Bristol University,
Iso-Britannia

Aubrey Sheiham

University College London,
Iso-Britannia

Stephen Stansfeld

University College London,
Iso-Britannia

Mike Wadsworth

Medical Research Council
National Survey of
Health and Development,
University College London,
Iso-Britannia

Richard Wilkinson

University of Sussex, Brighton,
and University College London,
Iso-Britannia



Sisältö

Asiantuntijat	2
Esipuhe	4
Saatesanat	5
Johdanto	6
1. Terveyserojen muutosten suunta ja voimakkuus	8
2. Stressi	10
3. Varhaiset elinvuodet	12
4. Sosiaalinen syrjäytyminen	14
5. Työ	16
6. Työttömyys	18
7. Sosiaalinen tukiverkko	20
8. Päihderiippuvuus	22
9. Ravinto	24
10. Kuljetus ja liikenne	26
Suomessa julkaistua kirjallisuutta aihealueelta	28



ESIPUHE

Kun päätöksentekijöitä ja kansanterveyden ammattilaisia vaaditaan kiinnittämään huomiota terveyteen ratkaisevasti vaikuttaviin sosiaalisiin taustatekijöihin, tämän tulisi perustua selvään näyttöön. Useimmat ihmiset ymmärtävät vaistonvaraisesti elin- ja työolosuhteiden positiiviset ja negatiiviset vaikutukset omaan terveyteensä. Vaikka luotettavasta näytöstä ei ole puutetta, terveyden sosiaalisia taustatekijöitä koskeva keskustelu rajoittuu jatkuvasti lähinnä akateemiselle tasolle. Kansanterveyden lähihistoriasta voidaan löytää useita esimerkkejä anteeksiantamattomasta passiivisuudesta silloinkin, kun tosiasiat ovat yksiselitteisiä, kuten tupakkakysymyksessä. Kiusallista kyllä, tupakkateollisuus myönsi vasta vuosi sitten tupakan olevan vaarallista terveydelle. Syyksi siihen, etteivät tupakoinnin vastustamistoimet ole olleet riittäviä, on usein esitetty rohkeasti esille tuodun näytön puutetta.

Talous- ja sosiaalipolitiikan sekä taloudellisten ja sosiaalisten olosuhteiden terveysvaikutusten tunnustamisella voisi olla pitkälle meneviä seurauksia yhteiskunnan tavalle tehdä kehittämiss päätöksiä. Se saattaisi kyseenalaistaa ne arvot ja periaatteet, joille instituutiot rakentuvat ja joiden pohjalta edistystä mitataan. Hyvä uutinen tässä on se, että päätöksentekijät kaikilla tasoilla tunnustavat yhä useammin tarpeen panostaa terveyteen ja kestäväan kehitykseen. He tarvitsevat selviä tosiasioita samoin kuin strategista ohjausta ja toimintavälineitä. Kukaan ei odota tieteeltä pelkästään hyvää tai huonoa, vaan sitä että sen tulosten tulee olla käytettävissä ja luoda mahdollisuuksia keskustelulle ja tietoon perustuvalle päätöksenteolle.

WHO:n Euroopan aluetoimiston kaupunkiterveyden keskus, Centre for Urban Health, on läheisessä yhteistyössä tiedotusyksikön ja Euroopan terveystiedotusverkoston kanssa käynnistänyt kampanjan tietoisuuden, keskustelun ja toiminnan lisäämiseksi terveyden sosiaalisista taustatekijöistä. Kampanjan tarkoituksena on tavoittaa mahdollisimman laaja osa kansanterveyden puolestapuhujista ja alan ammattilaisista, yhteisöjen aktivisteista ja päätöksentekijöistä. Kampanja kehittää ja hyödyntää aineistoa, joka on helposti luettavissa ja käännettävissä eri kielille. Kampanjan pääasiallinen väline koko Euroopan alueella on WHO:n Terve kaupunki -projektin verkostot. Toiminnan ajoitus on erinomainen, sillä se tapahtuu samanaikaisesti kun käynnistetään uudistettu Terveystä kaikille 2000-luvulla -strategia sekä Terve kaupunki -projektin III vaihe (1998-2002) ja samanaikaisesti kun useat kaupungit sitoutuvat yhä enenevässä määrin paikalliseen Agenda 21:een.

Kampanjan perustehtävänä on ajantasaisen tiedon antaminen sosiaalisten taustatekijöiden avainalueista tiivistetysti, selvästi ja arvovaltaiselta foorumilta. WHO:n läheisenä yhteistyökumppanina on London University College, International Centre for Health and Society eli terveyttä ja yhteiskuntaa tutkiva kansainvälinen keskus. Haluaisin kiittää professori Michael Marmotia ja professori Richard Wilkinsonia, jotka ovat koordinoineet valmistelutyötä ja toimittaneet tämän kirjasen aineiston. Valmisteluprosessi koostui useista aivoriihistä ja neuvotteluista. Haluaisin kiittää kaikkia tieteellisen tiimin jäseniä, jotka osallistuivat tämän erinomaisen kirjasen tekemiseen. Olen vakuuttunut siitä, että tästä tulee arvokas väline terveyden sosiaalisten tekijöiden ymmärtämisessä ja käsittelyssä.



SAATESANAT

Kiitän erityisesti tri Jill Farringtonia, WHO:n asiantuntijaa ja sosiaalisia taustatekijöitä koskevan kampanjan keskushenkilöä hänen luovista ideoistaan ja arvokkaasta toimitustyöstään sekä hyvien yhteyksien varmistamisesta keskuksen kanssa. Monet kiitokset myös Patricia Crowleylle, International Centre for Health and Society -keskuksesta hänen tehokkaasta tavastaan valvoa tieteellisten artikkelien laatimisen kaikkia eri vaiheita. Lopuksi kiitokset Mary Stewart Bugherille, joka toimitti kirjasen tekstin hyvin lyhyessä ajassa.

Dr Agis Tsouros

Johtaja, Centre for Urban Health
WHO:n Euroopan aluetoimisto

Tieteellisen näytön muuntaminen toimintapolitiikaksi ja toiminnaksi on aina monimutkainen prosessi. Erityisen vaikeaa on se, että näytön vaikutukset toimintaan saattavat muuttaa ajattelutapaamme terveyteen vaikuttavasta toimintapolitiikasta. Hallitukset ja päätöksentekijät ovat tarvinneet vuosikymmeniä terveyden sosiaalisen eriarvoisuuden tunnustamiseen ja siihen vastaamiseen.

Terveyteen vaikuttavista sosiaalisista taustatekijöistä saadaan nykyään nopeassa tahdissa uutta tieteellistä tietoa. Tarve kohdistaa ponnistelumme tälle alueelle on tullut yhä selvemmäksi. Tämä merkitsee erityishuomion kiinnittämistä kansanterveyteen, tietoisuuden levittämistä sosiaalisista taustatekijöistä ja niitä koskevan keskustelun edistämistä.

The International Centre for Health and Society on ottanut tehtäväkseen tutkia terveyden sosiaalisia taustatekijöitä ja muuntaa tutkimustuloksia sellaiseen muotoon, että poliittiset päätöksentekijät ja suuri yleisö voivat niitä hyödyntää. Tämä WHO:n kampanja tarjoaa erittäin tervetulleen mahdollisuuden osallistua haastavaan tehtävään yleisten toimintatapojen terveellisyyden edistämiseksi.

Sir Donald Acheson

Puheenjohtaja, International Centre for
Health and Society
University College London



JOHDANTO

Varakkaammat ihmiset elävät rikkaimmissakin maissa useita vuosia kauemmin ja sairastavat vähemmän kuin köyhät. Nämä terveyserot ovat huomattava sosiaalinen epäkohta, ja ne kuvastavat nykyajan

maailmassa sosiaalisten taustatekijöiden erittäin vahvoja terveysvaikutuksia. Elintavoilla sekä elin- ja työolosuhteilla on voimakas vaikutus terveyteen ja eliniän pituuteen.



Kuva: WHO Healthy Cities Project

Elintavoilla sekä elin- ja työolosuhteilla on voimakas vaikutus terveyteen.



Lääketieteen keinoin voidaan pidentää elämää vakavien sairauksien jälkeen, mutta ne sosiaaliset ja taloudelliset olosuhteet, jotka vaikuttavat siihen, sairastuvatko ihmiset vai eivät, ovat tärkeämpiä koko väestön terveyden kannalta. Huonot olosuhteet merkitsevät heikompaa terveyttä. Epäterveellisellä ympäristöllä ja huonolla terveystäytymisellä on suoria haittavaikutuksia, mutta jokapäiväisen elämän huolilla ja epävarmuustekijöillä sekä kannustavan ympäristön puuttumisella on myös merkitystä.

Tässä kirjasessa tarkastellaan terveyteen vaikuttavia sosiaalisia taustatekijöitä kymmenestä erilaisesta mutta toisiinsa vaikuttavasta näkökulmasta. Keskusteltavana ovat:

1. tarve kehittää strategioita, joilla ehkäistään pitkäaikaista huono-osaisuutta,
2. sosiaalisen ja psyykkisen ympäristön vaikutus terveyteen,
3. hyvän ympäristön turvaaminen varhaislapsuudessa,
4. työn vaikutus terveyteen,
5. työttömyyden ja heikon työsuhteturvan aiheuttamat ongelmat,
6. ystävyiden ja sosiaalisen yhteenkuuluvuuden merkitys,
7. sosiaalisen syrjäytymisen vaarat,
8. alkoholin ja muiden päihteiden vaikutus,
9. tarve varmistaa terveellisen ruoan saanti kaikille ihmisille sekä
10. tarve kehittää terveyden kannalta parempia liikennejärjestelyjä.

Nämä viestit yhdessä antavat avaimet väestön terveydentilan kohentamiseen Euroopan kehittyneissä teollisuusmaissa. Viestien on tarkoitus osoittaa, kuinka sosiaaliset ja taloudelliset tekijät kaikilla yhteiskunnan tasoilla vaikuttavat yksittäisiin päätöksiin ja itse terveyteen. Jokainen vastaa itse siitä, että syö terveellisesti, saa tarpeeksi liikuntaa ja välttää tupakointia ja liiallista alkoholin käyttöä. Nykyisin käsitämmme kuitenkin, että on olemassa tärkeitä sosiaalisia ja taloudellisia seikkoja, jotka ovat usein yksilön vaikutuspiirin ulottumattomissa. Tämän kirjasen tarkoituksena on näin ollen varmistaa, että hallinnon eri tasot, julkiset ja yksityiset laitokset, työpaikat ja yhteisöt ottavat selkeästi kannettavakseen laajemman vastuun mahdollisuuksien luomisesta terveyden edistämiseksi. Kirjanen antaa siis tietoa siitä sosiaalisesta ja taloudellisesta ympäristöstä, joka edistää väestön terveydentilan kohentumista.



TERVEYSEROJEN MUUTOSTEN SUUNTA JA VOIMAKKUUS

Sosiaalisilla ja taloudellisilla olosuhteilla on voimakas vaikutus terveyteen koko elinajan, joten terveyspolitiikka tulee kytkeä terveyteen vaikuttaviin sosiaalisiin ja taloudellisiin taustatekijöihin.

Tilanne

Heikot sosiaaliset ja taloudelliset olosuhteet vaikuttavat terveyteen koko elinajan. Sosiaalisten portaiden alimmilla askelmilla olevilla on vähintään kaksinkertainen riski sairastua vakavaan sairauteen ja kuolla ennen aikaisesta verrattuna niihin, jotka ovat lähellä portaiden yläpäättä. Portaiden ylimpien ja alimpien askelmien välillä ihmisten terveydentilassa on jatkuvasti olemassa tiettyjä eroja, ja näin ollen myös alemmassa asemassa oleva henkilökunta sairastaa enemmän ja kuolee nuorempana kuin ylemmät-toimihenkilöt.

Useimmat taudit ja kuolinsyyt ovat yleisempiä sosiaalisen hierarkian alemmalla tasolla. Terveyserot sosiaaliluokkien välillä heijastavat aineellista huono-osaisuutta sekä epävarmuuden, ahdistuneisuuden ja sosiaalisen integraation puutteen vaikutuksia.

Huono-osaisuus on monimuotoista ja se voi olla joko absoluuttista tai relativista. Siihen voi kuulua mm. seuraavia tekijöitä: perheen heikko varallisuus, heikko koulutustaso, juuttuminen näköalattomaan työhön, epävarma työpaikka, huono asumistaso tai vaikeat olot lasten kasvatusta ajatellen. Tällaiset huono-osaisuutta aiheuttavat tekijät usein kasaantuvat samoille henkilöille, ja niiden terveysvaikutukset kumuloituvat. Mitä kauemmin ihmiset elävät rasittavissa taloudellisissa ja sosiaalisissa olosuhteissa, sitä enemmän he kuluva fyysisesti ja sitä epätodennäköisemmin heillä on edessään terve vanhuus.

Toimenpidesuosituks

Elämä sisältää joukon tärkeitä käännekohtia: emotionaalisia ja aineellisia muutoksia varhaislapsuudessa, siirtyminen peruskoulutuksesta ylempään koulutukseen, työelämään siirtyminen, lapsuudenkodista lähteminen ja oman perheen perustaminen, työpaikan vaihdokset ja mahdollinen lomautus ja vihdoin eläkkeelle jääminen. Mikä tahansa näistä muutoksista voi vaikuttaa terveyteen työntämällä ihmistä enemmän tai vähemmän suotuisalle tielle.

Ne, jotka ovat olleet aikaisemmin elämässään huono-osaisia, ovat kussakin muutosvaiheessa riskialtimpia. Tämä merkitsee, että hyvinvointipolitiikan tulisi rakentaa turvaverkkojen ohella myös

PÄÄASIALLISET LÄHTEET

BARTLEY, M. ETAL. Health and the life course: why safety nets matter. *British medical journal*, **314**: 1194–1196 (1997).

BLANE, D. ETAL. Disease etiology and materialist explanations of socioeconomic mortality differentials. *European journal of public health*, **7**: 385–391 (1997).

DAVEY SMITH, G. ETAL. Lifetime socioeconomic position and mortality: prospective observational study. *British medical journal*, **314**: 547–552 (1997).

MONTGOMERY, S. ETAL. Health and social precursors of unemployment in young men in Britain. *Journal of epidemiology and community health*, **50**: 415–422 (1996).

WUNCH, G. ETAL. Socioeconomic differences in mortality: a life course approach. *European journal of population*, **12**: 167–185 (1996).



Heikot sosiaaliset ja taloudelliset olosuhteet vaikuttavat terveyteen koko elinajan.

ponnahduslautoja aiemman huono-osaisuuden vaikutusten tasoittamiseksi.

Hyvä terveys merkitsee parempaa opintomenestystä, lisääntyvää varmuutta työstä ja tuloerojen vähenemistä yhteiskunnassa. On tarpeen varmistaa, että yhä harvemmat putoavat ja että he eivät putoaisi

niin alas. Koulutus-, työvoima- ja asuntopolitiikka vaikuttavat terveyden tasoon. Yhteiskunta, joka mahdollistaa kaikille kansalaisille täysipainoisen ja hyödyllisen tehtävän sosiaalisessa, talous- ja kulttuurielämässä, on terveempi kuin sellainen yhteiskunta, joissa ihmiset ovat alttiina epävarmuudelle, syrjäytymiselle ja puutteelle.



2 STRESSI

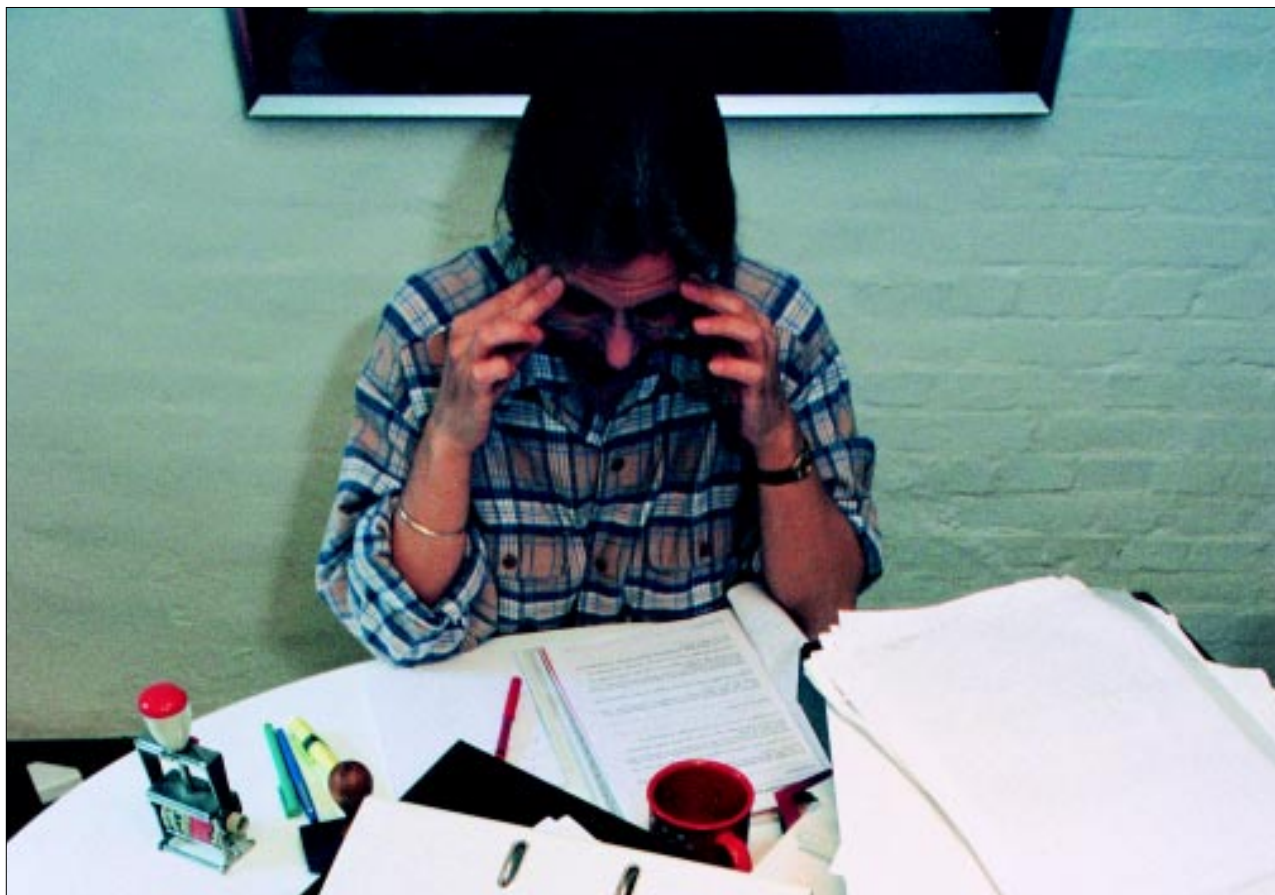
Stressi vahingoittaa terveyttä.

Tilanne

Sosiaaliset ja psyykkiset olosuhteet voivat aiheuttaa pitkäaikaista stressiä. Jatkuva ahdistuneisuus, epävarmuus, heikko itsetunto, sosiaalinen eristyisyys ja puutteellinen työn ja kotielämän hallinta vaikuttavat voimakkaasti ihmisen terveyteen. Tällaiset psykososiaaliset riskitekijät kasautuvat elämän aikana ja lisäävät mielenterveyden horjumisen

ja ennenaikaisen kuoleman mahdollisuutta. Pitkät ahdistuneisuuden ja epävarmuuden jaksot sekä hyvien ystävien puute ovat haitaksi kaikilla elämän alueilla.

Kuinka nämä psykososiaaliset tekijät sitten vaikuttavat fyysiseen terveyteen? Kun ihminen hätätilanteessa reagoi stressiin, syntyy runsaasti stressihormoneja, jotka vaikuttavat sydän- ja



Kuva: Morten Overgaard, Pöföto

Puutteellisella työn ja kotielämän hallinnalla voi olla voimakas vaikutus ihmisen terveyteen.

verisuoni- sekä immuunijärjestelmiin. Hormonit ja hermojärjestelmä valmistavat meitä käsittelemään välitöntä fyysistä uhkaa nostamalla sydämen sykettä, kuljettamalla verta lihaksiin ja lisäämällä kiihtymystä ja valppautta. Se, että biologinen reaktio stressiin käynnistyy liian usein ja kestää liian kauan, verottaa kuitenkin todennäköisesti terveyttä monin eri tavoin. Seuraa masentuneisuutta, lisääntynyttä infektioherkkyttä ja diabetesta, verenpaine nousee, veren vahingollisen kolesterolin ja rasvojen arvot kohoavat ja tämän seurauksena sydänkohtauksen ja halvauskohtauksen riski kasvaa.

Useilla kädellisten lajeilla, joita on tutkittu luonnonoloissa ja vangittuna, on samanlaisia mekanismeja psykososiaalisen stressin käsittelyyn kuin ihmisillä. Eläimillä tehdyt tutkimukset osoittavat, että arvoasteikossa alemmassa asemassa olevat eläimet kärsivät tukkeutuneista verisuonista ja muista aineenvaihdunnan muutoksista suuremmalla todennäköisyydellä kuin ryhmän sosiaalisesti dominoivat eläimet. Ihmisilläkin tällaiset muutokset lisäävät sydän- ja verisuonitautiriskiä. Mitä alempana ihmiset teollistuneissa maissa ovat yhteiskunnan hierarkiassa, sitä yleisemmiksi terveydelliset ongelmat käyvät.

Toimenpidesuositukset

Lääketieteen vastaus stressistä aiheutuviin biologisiin muutoksiin saattaisi olla niiden kontrollointi lääkkeillä. Mutta huomio tulisi pikemminkin kiinnittää toiseen suuntaan, heikon terveyden syihin.

Kouluissa, liikeyrityksissä ja muissa laitoksissa sosiaalisen ympäristön laatu ja aineellinen turvallisuus ovat usein terveyden kannalta yhtä tärkeitä kuin fyysinen ympäristö. Laitokset, joissa ihmiset saadaan

tuntemaan, että he kuuluvat johonkin ja että heitä arvostetaan, ovat todennäköisesti terveellisempiä paikkoja kuin ne, joissa ihmiset tuntevat itsensä syrjäytetyiksi sekä kokevat, että heistä ei välitetä ja että heitä käytetään hyväksi.

Hallinnon edustajien tulisi tunnustaa, että hyvinvoinnin edistämishelmien on paneuduttava sekä psykososiaalisiin että aineellisiin tarpeisiin: molemmissa on ahdistuneisuuden ja epävarmuuden lähteitä. Erityisesti pitää tukea nuoria lapsiperheitä, rohkaista yhteisöllistä toimintaa, taistella sosiaalista eriytyneisyyttä vastaan, vähentää aineellista ja taloudellista epävarmuutta sekä kiinnittää huomiota yhteistyötaitoihin sekä koulutuksessa että kuntoutuksessa.

PÄÄASIALLISET LÄHTEET

BRUNNER, E.J. Stress and the biology of inequality. *British medical journal*, **314**: 1472–1476 (1997).

KARASEK, R.A. & THEORELL, T. *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York, Basic Books, 1990.

MARMOT, M.G. Does stress cause heart attacks? *Postgraduate medical journal*, **62**: 683–686. (1986)

MARMOT, M.G. ETAL. Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease. *Lancet*, **350**: 235–239 (1997).

SAPOLSKY, R.M. & MOTT, G.E. Social subordination in wild baboons is associated with suppressed high density lipoprotein-cholesterol concentrations: the possible role of chronic social stress. *Endocrinology*, **121**: 1605–1610 (1987).

SHIVELY, C.A. & CLARKSON, T.B. Social status and coronary artery atherosclerosis in female monkeys. *Arteriosclerosis thrombosis*, **14**: 721–726 (1994).



Varhaisen kehityksen vaikutukset kestävät läpi koko elämän; hyvä alku elämälle edellyttää äitien ja lasten tukemista.

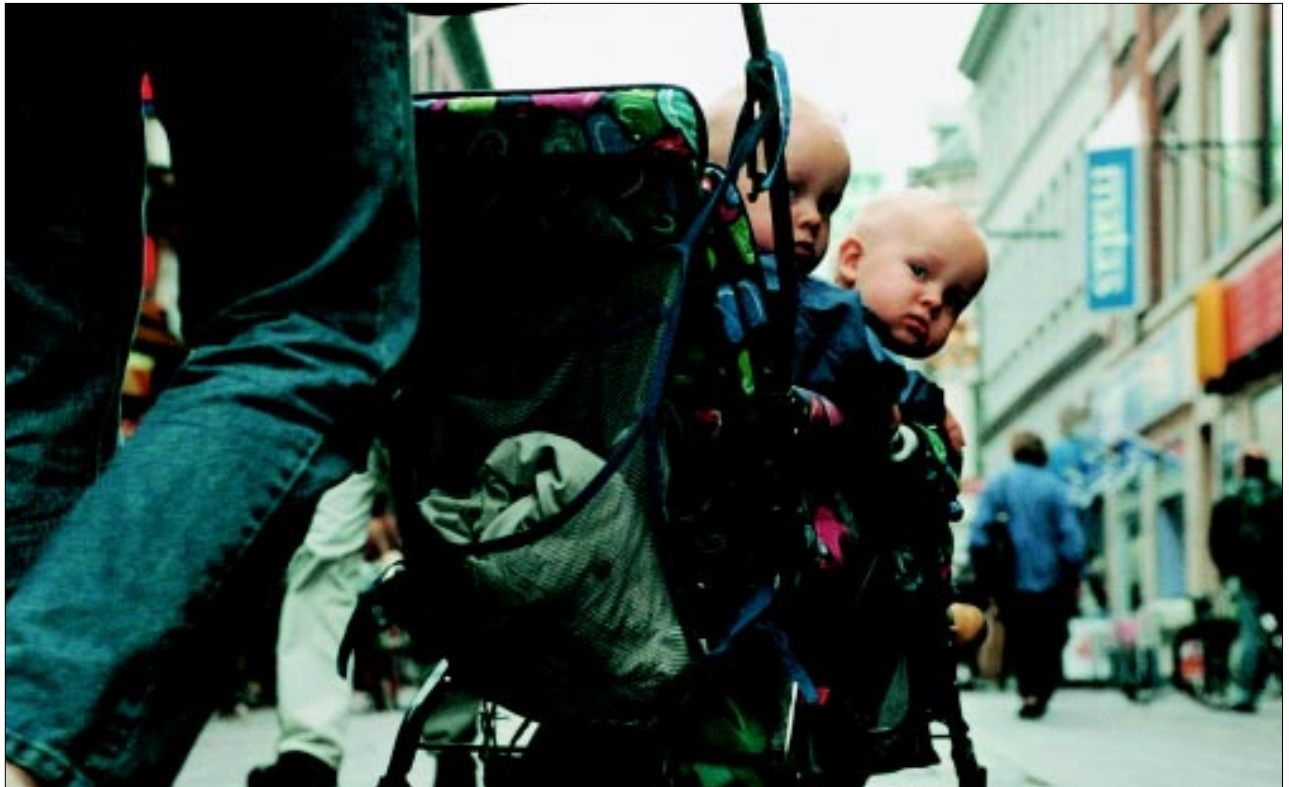
Tilanne

Tärkeä perusta aikuisten terveydelle luodaan sikiökaudella ja varhaislapsuudessa. Hidas kasvu ja emotionaalisen tuen puute tänä aikana nostavat heikon fyysisen terveyden riskiä koko elämän ajaksi ja vähentävät fyysistä, kognitiivista ja emotionaalista toimintakykyä aikuisena. Heikot sosiaaliset ja taloudelliset olosuhteet ovat suurin uhka lapsen

kasvulle ja enteilevät lapsen sosiaalisen ja koulutuksellisen kehityskaaren jäävän matalaksi.

Vanhempien köyhyys - varsinkin kun siihen liittyy äidin huono tai sopimaton ravinto sekä tupakointi - voi heikentää lapsen sikiöaikaista ja varhaisen lapsuusiän kehitystä. Hitaaseen varhaiseen kasvuun liittyy aikuisiällä alentunut sydämen ja verisuonten, hengityselinten, munuaisten ja haiman toiminta. Vanhempien tupakointi haittaa lapsen hengityselinten kehitystä, mikä puolestaan heikentää hengityselinten toimintaa ja lisää haavoittuvuutta aikuisiällä.

Kuva: Finn Frandsen, Pörfoto



Tärkeä perusta aikuisten terveydelle luodaan jo varhaislapsuudessa.

Huono ravinto ja heikko fyysinen kehitys haittaavat lapsen kognitiivista kehitystä. Lisäksi henkinen uupumus ja masennus yhdessä köyhyyden kanssa vaikuttavat niin, etteivät vanhemmat jaksa kannustaa lasta, mikä voi häiritä lapsen emotionaalista kiintymistä.

Vanhempien köyhyys käynnistää sosiaalisen riskin ketjun. Se alkaa lapsuudessa heikkona kouluvalmiutena ja kouluhaluttomuutena sekä jatkuu huonona koulumenestyksenä ja -käytöksenä ja johtaa aikuisiällä kohonneeseen työttömyysriskiin, sosiaaliseen syrjäytymiseen ja heikosti arvostettuun

PÄÄASIALLISET LÄHTEET

BARKER, D.J.P. *Mothers, babies and disease in later life*. London, BMJ Publishing Group, 1994.

BARKER, W. ETAL. *Child protection: the impact of the child development programme*. Bristol, Early Childhood Development Unit, University of Bristol, 1992.

HERTZMAN, C. & WIENS, M. Child development and long-term outcomes: a population health perspective and summary of successful interventions. *Social science and medicine*, **43**: 1083 (1996)

KUH, D. & BEN-SHLOMO, Y. *A life course approach to chronic disease epidemiology*. Oxford, Oxford University Press, 1997.

ROBINS, L. & RUTTER, M., ED. *Straight and devious pathways from childhood to adulthood*. Cambridge, Cambridge University Press, 1990.

TAGER, I.B. ETAL. Longitudinal study of the effects of maternal smoking on pulmonary function in children. *New England journal of medicine*, **309**: 699 (1983).

SCHWEINHART, L.J. ETAL. *Significant benefits: the High/Scope Perry Preschool Study through age 27*. Ypsilanti, The High Scope Press, 1993.

työhön tai työhön, johon ei itse voi paljonkaan vaikuttaa. Tämä heikon koulutuksen ja työelämään sijoittumisen malli vahingoittaa terveyttä ja viime kädessä kognitiivisia toimintoja vanhuudessa.

Toimenpidesuositukset

Terveyden ja kehityksen vaalimiseksi varhaislapsuudessa tarvitaan uusia toimenpiteitä, erityisesti heikoissa sosiaalisissa ja taloudellisissa olosuhteissa elävien ihmisten keskuudessa. Niiden tarkoituksena tulisi olla:

1. vähentää vanhempien tupakointia;
2. edistää vanhempien terveystietoutta ja lasten emotionaalisten tarpeiden ymmärtämistä;
3. käynnistää esikouluohjelmia, ei ainoastaan lukutaidon parantamiseksi ja kognitiivisen kehityksen vahvistamiseksi vaan myös käyttäytymisongelmien vähentämiseksi lapsuudessa sekä koulumenestyksen, ammatinvalintamahdollisuuksien ja hyvän terveyskäyttäytymisen edistämiseksi aikuisiällä;
4. ottaa vanhemmat mukaan tällaisiin esikouluohjelmiin niiden kasvatuksellisten vaikutusten vahvistamiseksi ja lasten pahoinpitelyjen vähentämiseksi;
5. varmistaa äideille tarvittavat sosiaaliset ja taloudelliset voimavarat; ja
6. lisätä koulutusmahdollisuuksia kaikenikäisinä, koska koulutus liittyy parempaan terveystietoisuuteen ja itsestään huolehtimiseen.

Näihin toimenpiteisiin panostaminen edistäisi suuresti tulevaisuuden aikuisväestön terveyttä ja työkykyä.



Sosiaalinen syrjäytyminen tuo mukanaan kurjuutta ja maksaa ihmishenkiä.

Tilanne

Sosiaalisella syrjäytymisellä ja suhteellisen huono-osaisuuden määrällä yhteiskunnassa on suuri merkitys terveyteen ja ennenaikaisiin kuolemiin. Terveyttä ei heikennä vain aineellinen puute vaan myös köyhyydessä elämiseen liittyvät sosiaaliset ja psyykkiset ongelmat.

Köyhyys, työttömyys ja kodittomuus ovat lisääntyneet monissa maissa, myös eräissä kaikkein rikkaimmista. Joissakin maissa jopa neljäsosa koko väestöstä – ja vieläkin suurempi osa lapsista – elää suhteellisessa köyhyydessä (Euroopan unionin määritelmän mukaan tällöin on käytettävissä alle puolet maan keskimääräisestä ansiotulosta). Suhteellinen köyhyys, samoin kuin absoluuttinen köyhyys, johtaa heikompaan terveyteen ja lisää ennenaikaisen kuoleman riskiä. Ihmiset, jotka ovat eläneet suurimman osan elämästään köyhyydessä, kärsivät erityisen huonosta terveydestä

Muista maista tulevat siirtolaiset, etniset vähemmistöryhmät, vierastyöläiset ja pakolaiset ovat erityisen alttiita syrjäytymiselle, ja heidän lapsensa kuuluvat todennäköisesti erityiseen riskiryhmään. Joskus heille ei myönnetä maan kansalaisuutta eikä anneta mahdollisuutta saada työtä ja koulutusta. Rasismi, diskriminointi ja vihamielisyys, joita he usein joutuvat kokemaan, saattavat vahingoittaa heidän terveyttään.

Lisäksi yhteisöt syrjäyttävät ja hylkäävät helposti sairaat, vammaiset tai tunne-elämältään haavoittuvat henkilöt, esimerkiksi lastenkotien, vankiloiden ja psykiatrinen sairaaloiden entiset asukkaat. Ihmisillä,



Kuva: Jan Grarup, Polfoto



PÄÄASILLISET LÄHTEET

POWER, C. Health and social inequality in Europe. *British medical journal*, **309**: 1153–1160 (1994).

SIEM, H. Migration and health - the international perspective. *Schweizerische Rundschau für Medizin Praxis*, **86**(19): 788–793 (1997).

WALKER, R. Poverty and social exclusion in Europe. In: Walker, A. & Walker, C., ed. *Britain divided: the growth of social exclusion in the 1980s and 1990s*. London, Child Poverty Action Group, 1997.

WILKINSON, R.G. *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. London, Routledge, 1996.

VAN DOORSLAER E. ETAL. Income-related inequalities in health: some international comparisons. *Journal of health economics*, **16**: 93–112 (1997).

Kaduilla elävät ihmiset kuolevat useimmin ennenaikaisesti.

joilla on fyysisiä tai psyykkisiä ongelmia, on usein vaikeuksia saada sopivaa koulutusta tai hankkia elantonsa. Vammaiset lapset elävät todennäköisimmin köyhyydessä. Terveystilasta johtuva leimautuminen (mielisairaus, fyysinen vamma tai tietyt taudit, esimerkiksi AIDS) pahentaa asioita. Ne kaduilla elävät ihmiset, jotka saattavat kärsiä useista näistä ongelmista, kuolevat useimmin ennenaikaisesti.

Tasa-arvoisempaa politiikkaa harjoittavissa yhteiskunnissa on usein nopeampi talouskasvu ja ihmisten terveydentila on parempi.

Toimenpidesuositukset

Jotta voitaisiin poistaa sosiaalisen syrjäytymisen negatiivisia terveysvaikutuksia, tarvitaan erilaisia toimenpiteitä eri tasoilla. Niitä ovat esimerkiksi seuraavat:

1. Lainsäädännöllä voidaan edistää siirtolaisten ja vähemmistöryhmien oikeuksien turvaamista ja ehkäistä syrjintää.
2. Julkisilla terveydenhuollon toimilla voitaisiin poistaa esteitä terveydenhuollon, sosiaalipalvelujen ja kohtuuhintaisen asunnon saannille.
3. Sosiaalisen syrjäytymisen vähentämiseksi tarvitaan toimeentulotukea, koulutus- ja työllisyyspolitiikkaa sekä riittävä kansallisen tason mukainen vähimmäispalkka.
4. Tulot ja varallisuus tulisi jakaa uudelleen aineellisen epätasa-arvoisuuden ja suhteellisen köyhyyden vähentämiseksi; tasa-arvoisemmissa yhteiskunnissa väestön terveydentila on yleensä korkeampi.



5 TYÖ

Työpaikkastressi lisää sairastumisriskiä.

Tilanne

On olemassa näyttöä siitä, että työpaikalla koettu stressi vaikuttaa osaltaan merkittävästi sosiaaliseen asemaan liittyviin suuriin eroihin terveydentilassa, sairauspoissaoloissa ja ennenaikaisissa kuolemissa. Useat eurooppalaiset työpaikkatutkimukset osoittavat,

että työntekijän terveys kärsii silloin kun on vain vähän mahdollisuuksia käyttää taitojaan ja vain pienessä määrin vaikutusvaltaa päätöksiin.

Se, että työntekijällä on vähän mahdollisuuksia vaikuttaa työhönsä, on selvästi suhteessa alaselän kipuihin, sairauspoissaoloihin ja sydän- ja verisuonitauteihin. Näiden riskien on todettu olevan riippumattomia tutkittujen henkilöiden luonteenpiirteistä. Lyhyesti sanottu-



Kuva: Bavaria Bild, Pöföto

Työt, joihin liittyvät sekä korkeat vaatimukset että heikot vaikutusmahdollisuudet, ovat erityisen riskialttiita.

na ne näyttäisivät liittyvän työympäristöön.

Tutkimuksilla on myös kartoitettu työn asettamien vaatimusten osuutta. Jotkut niistä osoittavat, että vaatimusten ja omien vaikutusmahdollisuuksien välillä on vuorovaikutusta. Työt, joihin liittyvät yhtäaikaan sekä korkeat vaatimukset että heikot vaikutusmahdollisuudet, ovat erityisen riskialttiita. On myös näyttöä siitä, että sosiaalinen tuki työpaikalla saattaa vähentää tätä riskiä.

Lisäksi sen, ettei työhön käytetystä vaivannäöstä saa riittävää korvausta, on havaittu liittyvän lisääntyneeseen riskiin sairastua sydän- ja veritauteihin. Korvaus voidaan saada rahana tai oman aseman ja itsetunnon

kohentumisena. Nykyiset muutokset työmarkkinoilla saattavat aiheuttaa muutoksia valinnanmahdollisuuksissa ja vaikeuttaa riittävien korvauksien saamista.

Näistä tuloksista voidaan tehdä johtopäätös, että psykososiaalinen työympäristö vaikuttaa keskeisesti siihen, miten jyrkästi työntekijän terveys muuttuu.

Toimenpidesuosituks

1. Terveiden ja työn tuottavuuden välillä ei ole mahdollisuutta vaihtokauppaan. Tehokas kiertokulku voidaan luoda näin: paremmat työolosuhteet vaikuttavat työntekijöiden terveydentilan paranemiseen, mikä puolestaan vaikuttaa tuottavuuden parantamiseen ja näin ollen mahdollisuuksiin luoda vieläkin terveellisempi ja tuottavampi työpaikka.
2. Tarkoituksenmukainen osallistuminen päätöksentekoon on todennäköisesti hyödyksi työntekijöille organisaation kaikilla tasoilla.
3. Terveysteen vaikuttaa suotuisasti se, että käytäntöjä muutetaan virastoissa ja muilla työpaikoilla niin, että työntekijät saavat enemmän vaikutusvaltaa omaan työhönsä, työ saadaan vaihtelevammaksi ja syntyy mahdollisuuksia kehittyä työssä.
4. Työ, joka ei ole tarpeeksi palkitsevaa – rahallisen korvauksen, itsetunnon ja aseman parantumisen muodossa – vahingoittaa terveyttä.
5. Jotta voitaisiin vähentää tuki- ja liikuntaelinten sairauksia, työpaikkojen tulee olla tarkoituksenmukaisia sekä ergonomisesti sekä työorganisaatioltaan.

PÄÄASIALLISET LÄHTEET

BOSMA, H. ET AL. Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study. *British medical journal*, **314**: 558–565 (1997).

JOHNSON, J.V. Conceptual and methodological developments in occupational stress research in occupational stress research: an introduction to state-of-the-art reviews. *Journal of occupational health psychology*, **1**: 6–8 (1996).

KARASEK, R.A. & THEORELL, T. *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York, Basic Books, 1990.

SIEGRIST, J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of occupational health psychology*, **1**: 27–41 (1996).

THEORELL, T. & KARASEK, R.A. Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *Journal of occupational health psychology*, **1**: 9–26 (1996).



Työsuhdeturva lisää terveyttä, hyvinvointia ja työtyytyväisyyttä.

Tilanne

Työttömyys on terveysriski, sitä suurempi mitä korkeampi työttömyys alueella vallitsee. Useista maista on olemassa näyttöä siitä, että työttömillä ja heidän perheillään on muista tekijöistä riippumatta huomattavasti suurempi riski kuolla ennenaikaisesti. Työttömyyden terveysvaikutukset liittyvät sekä sen psyykkisiin seurauksiin että taloudellisiin ongelmiin, erityisesti velkaantuneisuuteen.

Vaikutus alkaa jo silloin, kun ihmiset tuntevat työpaikkansa olevan uhattuna, ennen kuin he todella jäävät työttömiksi. Tämä osoittaa, että epävarmuuden aiheuttama huolestuneisuus on myös vahingollista terveydelle. Epävarmuuden työpaikasta on osoitettu vaikuttavan mielenterveyteen, aiheuttaen erityisesti ahdistuneisuutta ja masennusta, sekä vaikuttavan omaan käsitykseen heikentyneestä terveydestä sekä sydäntauteihin ja sydäntautien riskitekijöihin. Koska epättydyttävä tai epävarma työpaikka voi olla yhtä haitallinen kuin itse työttömyys, pelkästään se, että ihmisellä on työpaikka, ei riitä suojelemaan fyysistä terveyttä eikä mielenterveyttä. Työn laatu on tärkeä tekijä.

Teollisuusmaiden taloudessa ja työmarkkinoilla 1990-luvulla tapahtuneet muutokset ovat lisänneet epävarmuutta työpaikoista. Samalla kun tämä epävarmuus jatkuu, se toimii kroonisena stressitekijänä, jonka vaikutukset lisääntyvät altistumisen pidentymisen myötä; näin se lisää sairauspoissaoloja ja terveyspalvelujen käyttöä.

Toimenpidesuosituks

Toimenpiteillä tulisi olla kolme tavoitetta:

- ehkäistä työttömyyttä ja epävarmuutta työpaikasta,
- vähentää työttömien vaikeuksia ja
- antaa ihmisille takaisin turvattu työpaikka.

Valtionhallinnon kyky hoitaa maan taloutta niin, että suhdannevaihtelut vähenevät, voi osaltaan parantaa merkittävästi työsuhdeturvaa ja alentaa työttömyyttä. Työajan lyhentämisestä saattaa myös olla hyötyä, jos siihen pyritään rinnan työsuhdeturvan ja työtyytyväisyyden edistämisen kanssa.

PÄÄASIAALLISET LÄHTEET

BEALE, N. & NETHERCOTT, S. Job-loss and family morbidity: a study of a factory closure. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, **35**: 510–514 (1985).

BETHUNE, A. Unemployment and mortality. In: Drever, F. & Whitehead, M., ed. *Health inequalities*. London, H.M. Stationery Office, 1997.

BURCHELL, B. The effects of labour market position, job insecurity, and unemployment on psychological health. In: Gallie, D. et al., ed. *Social change and the experience of unemployment*. Oxford, Oxford University Press, 1994, pp. 188–212.

FERRIE, J. ET AL., ED. *Labour market changes and job insecurity: a challenge for social welfare and health promotion*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (in press) (WHO Regional Publications, European Series, No. 81).

IVERSEN, L. ET AL. Unemployment and mortality in Denmark. *British medical journal*, **295**: 879–884 (1987).

Hyvätasoinen koulutus ja hyvät uudelleen koulutusohjelmat ovat tärkeitä, jotta voitaisiin antaa valmiudet tarjolla olevaan työhön. Työttömyysturvaetuuksien nostaminen suuremmaksi

osuudeksi palkasta tuo työttömillekin todennäköisesti lisää turvallisuutta. Lisäksi luotonhoitopalveluista voi olla hyötyä, koska ne vähentävät velkaantuneisuutta ja kartuttavat sosiaalisia verkostoja.



Kuva: Reuters, Polfoto

Työttömillä ja heidän perheillään on huomattavasti suurempi riski kuolla ennenaikaisesti.



Ystävyyssuhteet, hyvät ihmissuhteet ja vahvat tukiverkostot parantavat terveyttä kotona, työssä ja yhteisössä.

Tilanne

Toisten ihmisten tuki ja hyvät ihmissuhteet vaikuttavat merkittävästi terveyteen. Tämä tuki antaa tarvittavia emotionaalisia ja käytännöllisiä voimavaroja. Kommunikointiverkoston kuuluminen ja keskinäiset



Kuva: Fotokronika, Polfoto

Sosiaalseen verkostoon kuuluminen saa ihmiset tuntemaan, että heistä välitetään.

velvoitteet ja sitoumukset saavat ihmiset tuntemaan, että heistä välitetään, heitä rakastetaan, kunnioitetaan ja arvostetaan. Tällä on voimakas terveyttä ylläpitävä vaikutus.

Tuki toimii sekä yksilö- että yhteisötasolla. Sosiaalinen eristyneisyys ja syrjäytyminen liittyvät ennenaikaisten kuolemien lisääntymiseen ja heikompiin mahdollisuuksiin selviytyä sydänkohtauksen jälkeen. Ihmiset, jotka saavat vähemmän emotionaalista ja sosiaalista tukea muilta, ovat todennäköisemmin huonokuntoisempia, useammin masentuneita ja heillä on suurempi riski sairastua esim. raskauskomplikaatioihin ja he kärsivät useammin pitkäaikaissairauden aiheuttamasta työkyvyttömyydestä. Lisäksi liian tiiviiden henkilösuhteiden huonot puolet voivat vaikuttaa haitallisesti mielenterveyteen ja fyysiseen terveyteen.

Emotionaalisen ja käytännön tuen saaminen vaihtelee sosiaalisen ja taloudellisen aseman mukaan. Köyhyys

PÄÄASIALLISET LÄHTEET

BERKMAN, L.F. & SYME, S.L. Social networks, host resistance and mortality: a nine year follow-up of Alameda County residents. *American journal of epidemiology*, **109**: 186–204 (1979).

KAPLAN, G.A. ETAL. Social connections and mortality from all causes and from cardiovascular disease: prospective evidence from eastern Finland. *American journal of epidemiology*, **128**: 370–380 (1988).

KAWACHI, I. ETAL. A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA. *Journal of epidemiology and community health*, **50**(3): 245–251 (1996).

OXMAN, T.E. ETAL. Social support and depressive symptoms in the elderly. *American journal of epidemiology*, **135**: 356–368 (1992).

voi olla osasyynä sosiaaliseen syrjäytymiseen ja eristymiseen.

Sosiaalinen yhteenkuuluvuus - keskinäinen luottamus ja kunnioitus yhteisössä ja yhteiskunnassa - suojelee ihmisiä ja heidän terveyttään. Yhteiskunnissa, joissa on suuret tuloerot, on yleensä vain vähän sosiaalista yhteenkuuluvuutta, enemmän väkivaltarikollisuutta ja korkeammat kuolleisuusluvut. Eräs tutkimus yhteisöstä, jossa sosiaalinen yhteenkuuluvuus oli suurta, osoitti että yhteisön sepelvaltimotautiluvut olivat alhaisia mutta nousivat, kun sosiaalinen koheesio yhteisössä väheni.

Toimenpidesuosituks

Tutkimukset viittaavat siihen, että hyvät ihmissuhteet voivat vähentää ihmisen fyysistä reaktiota stressiin. Kun asiaan on puututtu riskiryhmissä, on ilmennyt, että sosiaalinen tuki parantaa sydänkohtauksesta selviytymistä, lisää elinikää tietyissä syöpäpotilasryhmissä, sekä helpottaa raskaudesta selviytymistä riskiryhmään kuuluvien naisten keskuudessa.

Yhteisötasolla tuloerojen ja sosiaalisen syrjäytymisen ehkäisy voi edistää sosiaalisen yhteenkuuluvuuden ja väestön terveydentilan paranemista. Koulujen, työpaikkojen ja yleisemminkin yhteisön sosiaalisen ympäristön parantaminen lisää tunnetta siitä, että ihmisiä arvostetaan ja tuetaan useammilla elämänalueilla. Se taas vaikuttaa heidän terveyteensä, erityisesti mielenterveyteensä. Henkilökohtaisen ja yhteisöllisen elämän kaikilla alueilla tulisi välttää käytäntöjä, jotka luokittelevat toiset ihmiset sosiaalisesti alempiarvoisiksi tai vähemmän arvokkaiksi. Ne aiheuttavat vain ristiriitoja ja lisäävät eriytymistä.



Ihmiset käyttävät alkoholia, huumausaineita ja tupakkaa ja kärsivät siitä, mutta käyttöön vaikuttaa laajempi sosiaalinen tilanne.

Tilanne

Huumausaineiden käyttö on sekä reaktio epäonnistumiseen elämässä että tärkeä tekijä terveyserojen suurenemisessa. Se tarjoaa käyttäjille kuvitellun pakotien vastoinkäymisistä ja stressistä, mutta vain pahentaa heidän ongelmiaan.



Kuva: Teit Hornbak, Pöifoto

Ihmiset turvautuvat alkoholiin, huumeisiin ja tupakkaan turruttaakseen vaikeiden taloudellisten ja sosiaalisten olosuhteiden aiheuttamaa kipua.

Alkoholiriippuvuus, laittomien huumausaineiden käyttö ja tupakointi liittyvät kiinteästi sosiaalisen ja taloudellisen huono-osaisuuden tuntomerkkeihin. Esimerkiksi Venäjällä viime vuosikymmen on ollut suurten mullistusten aikaa. Alkoholinkäytön aiheuttamat kuolemantapaukset – tapaturmat, väkivalta, myrkytykset, loukkaantumiset ja itsemurhat – ovat lisääntyneet rajusti. Alkoholiriippuvuuden ja väkivaltaisten kuolemien välillä on yhteyttä myös muissa maissa.

Syyt ja sairaukset ovat todennäköisesti kaksisuuntaisessa suhteessa toisiinsa. Ihmiset turvautuvat alkoholiin turruttaakseen vaikeiden taloudellisten ja sosiaalisten olosuhteiden aiheuttamaa kipua, ja alkoholiriippuvuus johtaa heikkenevään sosiaaliseen liikkuvuuteen. Ironista tässä on se, että alkoholi - vaikka se väliaikaisesti vapauttaa todellisuudesta - vahvistaa tekijöitä, jotka alunperin ovat johtaneet sen käyttöön.

Sama pätee tupakkaan. Sosiaalinen huono-osaisuus – millä tahansa mittarilla mitattuna: huono asumistaso, alhainen tulotaso, yksinhuoltajuus, työttömyys tai kodittomuus – liittyy tupakoinnin yleisyyteen ja hyvin vähäiseen tupakoinnista luopumiseen. Tupakointi on suuri menoerä köyhien ihmisten taloudessa ja merkittävä huonon terveyden ja ennen aikaisen kuoleman syy. Mutta nikotiini ei tarjoa todellista helpotusta stressiin eikä paranna mielialaa.

Toimenpidesuosituks

Päihdetyötä ei tarvita ainoastaan niiden ihmisten tukemiseen ja hoitamiseen, joille on kehittynyt riippuvuutta aiheuttava käyttötapa, vaan sillä myös vaikutetaan niihin sosiaalisen huono-osaisuuden malleihin, joista

ongelmat aiheutuvat. Huumausaineiden saatavuutta on tarpeen säännellä hinnoittelulla ja luvanvaraistamisella, ja ihmiset olisi mm. tehtävä tietoisiksi vähemmän vahingollisista käyttötavoista, terveystasvatuksella tulisi pyrkiä vähentämään nuorten käyttäjien houkutuksia tarttua huumeisiin ja väärinkäyttäjille tulisi antaa tehokkaita hoitopalveluja.

Mikään näistä toimenpiteistä ei onnistu, ellei huumausaineiden käyttöä ruokkivia yhteiskunnallisia tekijöitä muuteta. Yritys siirtää koko vastuu käyttäjälle ei selvästikään ole oikea reaktio. Silloin syytetään uhria pikemminkin kuin puututaan niihin monimutkaisiin olosuhteisiin, jotka johtavat huumeiden käyttöön. Tehokasta huumeiden torjuntapolitiikkaa tulee tästä syystä tukea laaja-alaisella sosiaali- ja talouspolitiikalla.

PÄÄASIALLISET LÄHTEET

MÄKELÄ, P. ETAL.
Contribution of deaths related to alcohol use of socioeconomic variation in mortality: register based follow up study. *British medical journal*, **315** : 211–216 (1997).

MARKOV, K.V. ETAL.
Incidence of alcohol drinking and the structure of causes of death in men 40–54 years of age. *Sovetskoe Zdravookhranenie*, **4**: 8–15 (1990).

MARSH, A. & MCKAY, S. *Poor*

smokers. London, Policy Studies Institute, 1994.

MELTZER, H. ETAL. *Economic activity and social functioning of adults with psychiatric disorders*. London, H.M. Stationery Office, 1996 (OPCS Surveys of Psychiatric Morbidity in Great Britain, Report 3).

RYAN, M. Alcoholism and rising mortality in the Russian Federation. *British medical journal*, **310**: 646–648 (1995).



Terveellinen ravinto on poliittinen asia.

Tilanne

Hyvä ruokavalio ja riittävä ruoan saanti ovat keskeisiä terveyttä ja hyvinvointia edistäviä asioita. Ruoan puute ja sen yksipuolisuus aiheuttavat ravitsemushäiriöitä ja puutostauteja. Liiallinen ruoansaanti (joka myös on eräs ravitsemushäiriön muoto) aiheuttaa sydän- ja verisuonitautia, diabetesta, syöpää, silmän rappeutumissairauksia, liikalihavuutta ja hampasmätää. Ruoan puutetta esiintyy rinnan sen runsaan tarjonnan kanssa. Terveellisen, ravitsevan ruoan saatavuus ja hinta on tärkeä kansanterveydellinen kysymys. Hyvän, kohtuuhintaisen ruoan saatavuudella on suurempi merkitys sille, mitä ihmiset syövät kuin terveyskasvatuksella.

Teollistuminen on tuonut mukanaan epidemiologisen siirtymän tartuntataudeista pitkäaikaissairauksiin, joista tärkeimpiä ovat sydäntaudit, halvauskohtaukset ja syöpä. Tämä liittyy ravitsemukselliseen muutokseen, ihmisten ruokavalio on muuttunut energia- ja sokerin ylikulutukseksi: tuloksena vielä enemmän liikalihavuutta. Samanaikaisesti liikalihavuus on yleistynyt enemmän köyhien kuin rikkaiden keskuudessa.

Maailman elintarvikekauppa on tällä hetkellä suurta liiketoimintaa. Euroopan tullitariffeja ja kauppaa koskeva yleissopimus (GATT) sekä EU:n yhteinen maatalouspolitiikka sallivat maailmanlaajuisten markkina-voimien muovata elintarvikkeiden tarjontaa. Kansainvälisissä komiteoissa (esim. Codex Alimentarius), jotka määrittelevät ruoan laatua ja turvallisuutta koskevat standardit, ei ole kansanterveysalan edustajia, kun taas elintarviketeollisuuden edut ovat vahvasti edustettuina.

Yhteiskunnalliset ja taloudelliset olosuhteet vaikuttavat muutosten voimakkuuteen myös ravitsemuksessa, mikä puolestaan kasvattaa terveyseroja. Pääasiallinen ruokavalioon liittyvä ero sosiaaliluokkien välillä on ravintoaineiden lähde.

PÄÄASIAALLISET LÄHTEET

EVERY, N. ETAL. *Cracking the Codex. An analysis of who sets world food standards.* London, National Food Alliance, 1993.

COMMITTEE ON MEDICAL ASPECTS OF FOOD POLICY. *Nutritional aspects of cardiovascular disease.* London, H.M. Stationery Office, 1994.

Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases. Geneva, World Health Organization, 1990 (WHO Technical Report Series, No. 797).

STALLONE, D.D. ETAL. Dietary assessment in Whitehall II: the influence of reporting bias on apparent socioeconomic variation in nutrient intake. *European journal of clinical nutrition*, 51: 815–825 (1997).

WORLD CANCER RESEARCH FUND. *Food, nutrition and the prevention of cancer: a global perspective.* Washington, DC, American Institute for Cancer Research, 1997.



Kuva: Dr Aileen Robertson, WHO

Paikallista tuotantoa paikalliseen käy-

Köyhät korvaavat tuoreen ruoan halvalla, jalostetulla ruoalla. Runsasta rasvankäyttöä esiintyy kaikissa sosiaaliryhmissä. Huonotuloisilla, kuten nuorilla perheillä, ikääntyneillä ja työttömillä on vähiten mahdollisuuksia syödä hyvin.



ttöön.

Kroonisten sairauksien ehkäisyyn pyrkivissä ravitsemustavoitteissa korostetaan, että on tärkeää syödä enemmän tuoreita vihanneksia, hedelmiä ja palkokasveja. Samoin suositellaan käytettäväksi enemmän tärkkelyspitoista ruokaa, jota on jalostettu mahdollisimman vähän. Vähennettäväksi taas suositellaan eläinrasvojen, puhdistettujen sokerituotteiden ja suolan käyttöä. Yli sata asiantuntijakomiteaa on ollut yhtä mieltä näistä ruokavalioon liittyvistä tavoitteista.

Toimenpidesuosituksukset

Paikallisten, kansallisten ja kansainvälisten hallinto-
viranomaisten, kansalaisjärjestöjen ja elintarviketeolli-
suuden tulisi varmistaa:

- 1.korkeatasoisen, tuoreen ruoan saatavuus kaikille olosuhteista riippumatta,
- 2.demokraattinen päätöksenteko ja vastuullisuus kaikissa ruoan sääntelyyn liittyvissä asioissa, kaikkien asianosaisten, myös kuluttajien, myötävaikutuksella,
- 3.tuki kestävästä kehitystä edustavalle maanviljelykselle ja sellaisille elintarvikkeiden tuotantomenetelmille, jotka säästävät luonnonvaroja ja ympäristöä,
- 4.paikallisen elintarviketuotannon suojelu maailmanlaajuisen elintarvikekaupan laajenemispyrkimyksiltä,
- 5.vahvempi, terveyttä edistävä ruokakulttuuri, joka tukee ruoka- ja ravitsemustietämyksen lisäämistä sekä ruoanlaittotaidon, yhteisen ruoanvalmistuksen ja yhdessä syömisen sosiaalisen arvon vaalimista,
- 6.hyödyllisen tiedon saanti ruoasta, ruokavaliosta ja terveydestä sekä
- 7.tieteellisesti todistettujen ravintoarvojen ja ruokaan perustuvien ravitsemusohjeiden käyttö elintarvike- ja ravitsemuspolitiikan kehittämiseksi ja toteuttamiseksi.



10 KULJETUS JA LIIKENNE

Terveellinen liikenne merkitsee autolla ajamisen vähentämistä ja kävelyn ja pyöräilyn edistämistä sekä sen tueksi rakennettua parempaa julkisen liikenteen verkostoa.

Tilanne

Pyöräily, kävely ja julkisten liikennevälineiden käyttö edistävät terveyttä neljällä tavalla. Niistä saa liikuntaa, ne vähentävät kuolemaan johtavia tapaturmia, lisäävät sosiaalisia kontakteja ja vähentävät ilman saastumista.

Koska teknistyminen on vähentänyt liikuntaa työn ja kotitöiden yhteydessä, ihmisten olisi löydettävä uusia tapoja sisällyttää liikuntaa elämäänsä. Tämä onnistuu vähentämällä auton käyttöä, lisäämällä kävelyä ja pyöräilyä sekä laajentamalla julkista liikennettä. Säännöllinen liikunta suojaa sydäntaudeilta ja vähentää riskiä sairastua diabetekseen, koska se estää lihomista. Se edistää hyvinvoinnin tunnetta ja suojaa ikääntyneitä masennukselta.

Tieliikenteen vähentäminen alentaisi liikennekuolemien ja vakavien tapaturmien uhrien määrää. Vaikka auto-onnettomuuksissa loukkaantuu myös pyöräilijöitä ja jalankulkijoita, pyöräilytapaturmissa loukkaantuu suhteellisen vähän ihmisiä. Hyvin suunniteltu kaupunkiympäristö, jossa pyöräilijöille ja jalankulkijoille on erotettu omat väylänsä, lisää pyöräilyn ja kävelyn turvallisuutta.

Pyöräilyn ja kävelyn lisääntyminen sekä julkisten liikennevälineiden runsaampi käyttö piristäisi sosiaalista kanssakäymistä kaduilla, jossa autot ovat eristäneet ihmiset toisistaan. Tieliikenne erottaa yhteisöjä kun se jakaa asutun kadun kahtia. Kävelijöiden vähentyminen merkitsee sitä, että kadut

lakkaavat olemasta sosiaalisia tiloja, niin että eristetyt jalankulkijat saavat usein pelätä joutuvansa onnettomuuteen. Lisäksi esikaupungit, joihin pääsy riippuu yksityisautoista, eristävät ulkopuolelleen autottomat ihmiset, erityisesti nuoret ja vanhat. Sosiaalinen eristyisyys ja yhteisön vuorovaikutuksen puute ovat kiinteässä yhteydessä heikentyneeseen terveyteen.

Tieliikenteen väheneminen merkitsee autojen vahingollisten saastepäästöjen vähenemistä. Kävely ja pyöräily verottavat äärimmäisen vähän uusiutumattomia polttoaineita, eivätkä ne aiheuta ilmastoon maailmanlaajuisia lämpenemistä. Niistä ei ole seurauksena ilmansaasteista aiheutuvia sairauksia, niistä syntyy vain vähän melua ja ne ovat parempia tulevaisuuden ekologisesti kompakteille kaupungeille. Polkupyörillä, jotka voidaan valmistaa paikallisesti, on hyvä ”ekologinen jalanjälki” - toisin kuin autoilla.

Toimenpidesuosituks

Autolla liikkuminen lisääntyy nopeasti kaikissa Euroopan maissa - terveydelle vahingollisista seurauksista huolimatta, kun taas jalan ja polkupyörällä tehtävien matkojen osuus on vähenemässä. Tämä suuntaus tulee kääntää päinvastaiseksi kansallisilla ja paikallisilla toimenpiteillä. Kuljetusalan eturyhmillä on kuitenkin asiassa vahvoja intressejä. Monet elinkeinot - öljy-, kumi- ja autoteollisuus, tienrakennusala, myynti- ja korjausala sekä mainonta - hyötyvät autojen käytöstä. Samoin kuin olemme saaneet vielä 1900-luvun lopulla havaita, että tupakka-, alkoholi- ja huumausaineriippuvuus on alkanut vähetä, 2000-luvun alussa tulisi voida kokea, että ihmisen riippuvuus autoista vähenisi.



Kuva: Finn Frandsen, Polfoto

Tieliikenteessä tulisi antaa etusija pyöräilijöille.

Tieliikenteessä tulisi lyhyillä matkoilla, erityisesti kaupungeissa, antaa etusija pyöräilijöille ja kävelijöille. Julkista liikennettä tulisi parantaa pitempiä matkoja ajatellen; kaupunkien ja maaseudun välillä tulisi olla säännölliset ja tiheät liikenneyhteydet. Kannusteita tulisi muuttaa, esimerkiksi vähentämällä valtion avustuksia teiden rakentamiseen, lisäämällä julkisen liikenteen taloudellista tukea, kiristämällä autojen käytön verotusta liike-elämässä ja korottamalla pysäköintimaksuja ja -sakkoja. Myös maankäytössä tarvitaan muutoksia, esimerkiksi teitä voitaisiin muuttaa viheralueiksi poistamalla autojen pysäköintipaikkoja, pyhittämällä teitä pyöräilijöiden ja jalankulkijoiden käyttöön, lisäämällä bussikaistoja ja pyöräteitä sekä lopettamalla harvaan asuttujen esikaupunkien ja kaupungin ulkopuolella sijaitsevien supermarkettien lisärakentaminen, mikä lisää autojen käyttöä. Tutkimustulokset osoittavat yhä useammin, että uusien teiden rakentaminen lisää autojen käyttöä, kun taas liikennerajoitukset saattavat vastoin odotuksia vähentää ruuhkia.

PÄÄASIALLISET LÄHTEET

DAVIES, A. *Road transport and health*. London, British Medical Association, 1997.

ELKIN, T. ETAL. *Reviving the city: towards sustainable urban development*. London, Friends of the Earth, 1991.

On the state of health in the European Union. Brussels, Commission of the European Communities, 1996.

PRICE, C. & TSOUROS, A., ed. *Our cities, our future. Policies and action plans for health and sustainable development*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (document).

Traffic impact of highway capacity reductions. Summary report. London, MVA and ESRC Transport Studies Unit, University College, University of London, 1998.



SUOMESSA JULKAISTUA KIRJALLISUUTTA AIHEALUEELTA

NISSINEN, A., KAUFANEN, J. & MYLLYKANGAS, M. 1994. *Kansanterveystiede*. Helsinki: WSOY

PERTTILÄ, K. 1999. *Terveiden edistäminen kunnan tehtävänä*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

EKLUND, L., RIMPELÄ, M., BERGSTRÖM, T. & RAJALA, M. 1995. *Terveyttä edistävän kansalaistoiminnan kehittämishanke Somerolla ja Järvenpäässä*. Terveyskasvatuksen keskuksen julkaisuja – sarja 1995:6.

EWLES, L. & SIMNET, I. 1995. *Terveiden edistämisen opas*. SHKS, Keuruu.

HELA KORPI, S., BERG, A-M., UUTELAA, & PUSKAP. 1994. *Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen, kevät 1994*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B8, Helsinki.

HUUHKA, M., LAHELMA, E., MANDERBACKA, K., MATTILA, V., KARISTO, A. & RAHIKIONEN, O. 1996. *Terveystila ja sosiaalinen murros, Vuosien 1986 ja 1994 elinolututkimukset*. E Elinolut 1996:2. SVT Tilastokeskus, Helsinki.

ITKONEN P. 1997. *Tietoteknisesti tuettu terveydenhuollon alueellinen yhteistyö. Mallin kehittäminen ja soveltuvuuden arviointi*. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 47. Kuopio.

KARISTO, A. 1984. *Hyvinvointi ja sairauden ongelma. Suomea ja muita Pohjoismaita vertaileva tutkimus sairastavuuden väestöryhmittäisistä eroista ja sairaudesta hyvinvoinnin vajeena*. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:46. Helsinki.

Kuopion kaupunki. 1999. *Yhteisvoimin lasten ja nuorten hyvinvointia ja terveyttä edistämään*. Lasten ja nuorten hyvinvointiselonteko. Kuopio 12.4.1999

LAHTINEN E. 1996. *Työikäisten terveyden edistäminen avoterveydenhuollossa*. Kelan ja Turun terveyskeskuksen kehittämän terveyden edistämishojelman toteutus ja tulokset. Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 16. Turku

Laki ympäristöterveysvaikutusten arviointimenettelystä 1994/468

LEHTINEN, P. & VALTONEN, H. 1996. *Ehkäisevä sosiaalipolitiikka ja talous kuntien päätöksenteossa*. Kuntaprojektin tutkimuksia. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 7. Oy Edita Ab.

NIKULA, J. 1998 *Terveyttä edistävä yhteistyö kuntien sektorihallinnossa*. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1998: 35:73–79.

NÄRHI, K. 1996. *Sosiaalisten vaikutusten arviointi ekososiaalisen sosiaalityön välineenä*. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita. 1996:7.

PENNANEN, P. & WINELL, K. 1997. *“Kuntalaisten näkökulma esiin”*. Fokusryhmähaastattelut TK 2000 –projektikunnissa. Loppuraportti. Stakes. Aiheita 35.

PERTTILÄ, K., WINELL, K., HAVERINEN, R., LEHTO, J. & MIKKOLA, T. 1995. *Seitsemän kuntaa terveyttä edistämässä*. Raportti TK 2000 -kuntaohjelman käynnistymisestä. Stakes. Aiheita 29.

PERTTILÄ, K. & LEHTO, J. 1997. *Terveys argumenttina kunnallisessa päätöksenteossa*. Argumentaatiotutkimus. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 34:121–133.

PERTTILÄ, K. 1999. *Tutkimus kuntien hyvinvointi ja terveyden edistämisen strategioista*. II Terve Kunta –päivät 20–21.1.1999. Tarvitseeko hhvintointi ja terveys strategiaa? Esitelmät ja abstraktit. Stakes ja Suomen Kuntaliitto.

Porin seudun Ympäristöforum. 1977. *Porin seudun kestävän kehityksen toimintaohjelma*. Agenda 21.

PURO, K. 1973. *Terveyspolitiikan perusteet*. Forum-kirjasto. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

SIHTO, M. 1997. *Terveyspoliittisen ohjelman vastaanotto – Tutkimus Suomen Terveyttä Kaikille vuoteen 2000 -ohjelman toimeenpanosta terveydenhuollossa*. Stakes. Tutkimuksia 74. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Sosiaali- ja terveysministeriö 1995b. SVA-opas, Käytännön näkökulma sosiaalisten vaikutusten arviointiin. Ehkäisevän sosiaali- ja terveyspolitiikan osasto. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 1995:2.

Sosiaali- ja terveysministeriö
1996. Terveiden edistäminen
kunnassa. Terveyttä kaikille
vuoteen 2000 –kuntaohjelma.
Päätelmät ja suositukset.
Sosiaali- ja terveysministeriön
julkaisuja 1996:15. Oy Edita Ab,
Helsinki.

STÄHL, T., SAVINAINEN, M.,
KANNAS, L. & WINELL, K. 1997.
*Terve Kunta 2000 koulun
näkökulmasta*. Koulun
terveyden edistämistyön
arviointia TK 2000 -ohjelmassa
olleissa kunnissa. Stakes.
Aiheita 10.

Sundsvallin julkilausuma.
1991. *Terveyttä edistävät
ympäristöt*. Sosiaali- ja
terveysministeriö ja Folkhälsan
yhteistyössä
Terveyskasvatuksen keskuksen
kanssa. Hangon kirjapaino.
Hanko.

VALKONEN, T., MARTELIN, T.,
RIMPELÄ, A., NOTKOLA, V. &
SAVELA, S. 1992.
*Sosioekonomiset
kuolleisuuserot 1981–1990*.
Tilastokeskus. Väestö 1992:8.

TAPANINEN, A. & VERTIO, H.
(toim) *Yhteiskuvasta
diagnoosiin*. Stakes. Raportteja
106. Gummerus Kirjapaino Oy,
Jyväskylä.

VERTIO, H., 1992. *Terveiden
edistäminen – valintojen virta*.
Sairaanhoitajien koulutussäätiö.
Suomen syöpäyhdistys. Karisto
oy:n kirjapaino. Hämeenlinna.

VÄÄRÄLÄ, R. 1993. *Ehkäisevän
sosiaalipolitiikan kuntaprojektin
tutkimus*. Lapin yliopiston
yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja
C. Työpapereita 19. Lapin
yliopisto, Rovaniemi.

[http://www.skuwwa.fi/KTNK/tk21/
terveytt.htm](http://www.skuwwa.fi/KTNK/tk21/terveytt.htm)

[http://www.stakes.fi/vye/
tkverkosto/index.html](http://www.stakes.fi/vye/tkverkosto/index.html)





The WHO Regional Office
for Europe

The World Health Organization (WHO) is a specialized agency of the United Nations created in 1948 with primary responsibility for international health matters and public health. The WHO Regional Office for Europe is one of six regional offices throughout the world, each with its own programme geared to the particular health conditions of the countries it serves.

Member States

Albania,
Andorra,
Armenia,
Austria,
Azerbaijan,
Belarus,
Belgium,
Bosnia and Herzegovina,
Bulgaria,
Croatia,
Czech Republic,
Denmark,
Estonia,
Finland,
France,
Georgia,
Germany,
Greece,
Hungary,
Iceland,
Ireland,
Israel,
Italy,
Kazakhstan,
Kyrgyzstan,
Latvia,
Lithuania,
Luxembourg,
Malta,
Monaco,
Netherlands,
Norway,
Poland,
Portugal,
Republic of Moldova,
Romania,
Russian Federation,
San Marino,
Slovakia,
Slovenia,
Spain,
Sweden,
Switzerland,
Tajikistan,
The Former Yugoslav
Republic of Macedonia,
Turkey,
Turkmenistan,
Ukraine,
United Kingdom,
Uzbekistan,
Yugoslavia

Centre for Urban Health
World Health Organization
Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8,
DK-2100 Copenhagen Ø,
Tanska
Puhelin +45 39 17 12 24
<http://www.who.dk/tech/hcp/index.htm>